UNIVERSITÉ DE LAUSANNE — FACULTÉ DE MÉDECINE
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PHYSIATRIE
Chef de service: Professeur Yves Saudan

La monoarthrite du rhumatisme articulaire aigu

(à propos d'un cas de monoarthrite de la hanche)

THÈSE
présentée à la
Faculté de médecine de l'Université de Lausanne pour l'obtention
du grade de docteur en médecine
par

RAPHAËL GAY

Médecin diplômé de la Confédération suisse
Originaire de Salins et Finhaut (Valais)

Imprimeries Réunies S.A., Lausanne
1977

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE — FACULTÉ DE MÉDECINE
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PHYSIATRIE
Chef de service: Professeur Yves Saudan

La monoarthrite du rhumatisme articulaire aigu

(à propos d'un cas de monoarthrite de la hanche)

THÈSE
présentée à la
Faculté de médecine de l'Université de Lausanne pour l'obtention
du grade de docteur en médecine
par

RAPHAËL GAY

Médecin diplômé de la Confédération suisse
Originaire de Salins et Finhaut (Valais)

Imprimeries Réunies S.A., Lausanne
1977

IMPRIMATUR

Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs Y. Saudan et E. Gautier, et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée: «La monoarthrite du rhumatisme articulaire aigu», (à propos d'un cas de monoarthrite de la hanche) présentée par Monsieur Raphaël Gay, Médecin diplômé de la Confédération suisse, pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 5 juillet 1977

Le doyen de la Faculté de Médecine:

Professeur G. Favez

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes parents,
A ma femme

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546816_0027

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION

II. PRESENTATION DU CAS

A. Anamnèse
B. Examen physique
C. Biologie :

hémogramme
vitesse de sédimentation
prélèvement de gorge
antistreptolysines O
autres examens
radiologie

D. Electrocardiogramme
E. Traitement et évolution

III. CRITERES DIAGNOSTIQUES ET DISCUSSION DU CAS

a. l'anamnèse
b. le souffle systolique
c. le frottis de gorge
d. l'hémogramme
e. la vitesse de sédimentation
f. les valeurs des antistreptolysines
g. l'absence d'atteinte rénale
h. les troubles électriques
i. l'atteinte articulaire
j. le test thérapeutique

IV. CRITERES DE JONES

V. LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

polyarthrite chronique évolutive et spondylarthrite ankylosante

arthrite rhumatoïde juvénile

rhumatisme gonococcique et syndrome de Fiessinger - Leroy - Reiter

rhumatismes streptococciques en dehors de la maladie de Bouillaud : rhumatisme scarlatin, érythème noueux

rhumatisme infectieux streptococcique post-angineux

rhumatisme subaigu de l'adulte

l'endocardite d'Osler

la synovite transitoire de la hanche

la goutte, la chondrocalcinose

VI. REVUE DE LA LITTERATURE

VII. CONCLUSION

VIII. BIBLIOGRAPHIE

I. INTRODUCTION

Le rhumatisme articulaire aigu ou maladie de Bouillaud a un tableau typique connu de tous, bien qu'il existe également des rhumatismes streptococciques en dehors de la maladie de Bouillaud (7).

La fréquence et la gravité de l'affection ont diminué ces dernières années, mais le pronostic reste souvent sévère puisque le rhumatisme articulaire aigu est encore la cause la plus habituelle des cardiopathies acquises chez les sujets de moins de 40 ans (27).

L'image clinique a évolué. Les manifestations articulaires, par exemple, n'ont pas toujours l'aspect de polyarthrite aiguë, mobile et fugace, touchant surtout les grosses articulations. La topographie peut être atypique : des formes oligo et même monoarticulaires surviennent ainsi que l'atteinte exclusive des petites articulations. Il peut y avoir des formes prolongées évoluant pendant plusieurs mois (27) et un certain nombre d'auteurs admettent la conception exprimée par F. Bezançon et M.P. Weil sur la fréquence des cardiopathies rhumatismales d'installation silencieuse, survenant insidieusement en dehors de toute crise articulaire aiguë, suivant les termes mêmes employés par De Sèze (10).

Si le polymorphisme clinique de la maladie de Bouillaud ressort bien des travaux de Grenet (16) et de bien d'autres prestigieux cliniciens, surtout de l'école française, il est frappant par contre de constater que bien peu d'auteurs mentionnent la survenance de monoarthrites dans le rhumatisme articulaire.

C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de décrire un cas de monoarthrite de la hanche répondant à tous les critères d'une maladie de Bouillaud et de reprendre ensuite la littérature à ce sujet.

II. PRESENTATION DU CAS - Daniel M., né le 29.6.1958

A. Anamnèse

Ce jeune homme jouit d'une bonne santé habituelle. Un mois et demi avant l'affection actuelle, il note l'apparition de lésions croûtelleuses jaunâtres sur la lèvre supérieure et l'aile gauche du nez. Son médecin pose le diagnostic d'impétigo et prescrit uniquement des pommades. Quinze jours avant l'hospitalisation et ceci peu après sa soeur, il fait une rougeole typique d'après le médecin traitant avec conjonctivite et syndrôme rhino-trachéo-bronchique, pour laquelle il reçoit un sirop antitussif et des fébrifuges.

Le 11 avril 1974 apparaît au réveil une douleur au niveau de l'aine à droite, exacerbée par les mouvements de la hanche du même côté, qui l'invalidise progressivement. Après une nouvelle nuit, sans sommeil, il est alors hospitalisé. Il n'y a aucun traumatisme précédant l'affection actuelle.

B. Examen physique

A l'entrée on est en présence d'un jeune homme de 16 ans, en bon état général, fébrile à 38,2 °. Il n'y a pas d'adénopathie palpable. Le status oto-rhino-laryngologique ne montre rien de pathologique, en particulier les amygdales et le pharynx sont calmes. Nous ne notons pas de manifestation cutanée, ni de nodosité particulière. Par contre l'auscultation cardiaque révèle un souffle holosystolique d'intensité 5/10, maximum au foyer mitral, audible également au foyer aortique et au niveau des carotides. Le souffle est constant. Il n'y a pas de frottement péricardique,

ni de bruit de galop, ni de signes d'insuffisance cardiaque. Le pouls est régulier à 72 par minute. La tension artérielle est mesurée à 110/70. Les poumons sont propres. La rate n'est pas agrandie. Il n'y a pas d'atteinte vasculaire périphérique. Au point de vue articulaire, on constate une douleur intense dont le maximum se situe au niveau du pubis et du pli de l'aine droit, rendant impossible l'examen de la mobilité de la hanche. La hanche est en flexion et rotation externe par position antalgique. Il n'y a pas de manifestation digestive, rénale ou oculaire.

C. Biologie

L'Hémogramme met en évidence une érythropénie ainsi qu'une hyperleucocytose modérée de 10'200 globules blancs, la déviation gauche étant nette à la formule d'Arneth. Un hémogramme de contrôle, pratiqué le 10ème jour d'observation montrera des leucocytes en nombre normal, une disparition de la déviation gauche et l'apparition d'une éosinophilie.

La vitesse de sédimentation atteint 102 mm à la première heure, le jour de l'entrée, pour décroître par la suite.

Le prélèvement de gorge permit de mettre en évidence des streptocoques du groupe A de Lancefield, qui ne furent pas typisés.

Les Antistreptolysines O, qui n'étaient qu'à 330 Unités le 2ème jour d'évolution, effectuèrent une ascension marquée jusqu'à atteindre 1250 Unités après 8 jours et 2500 Unités après 4 semaines.

Radiologie : les radiographies du thorax et du bassin de face ne révèlent aucune anomalie quelconque.

D. Electrocardiogramme (fig. 1 et 2)

Le premier électrocardiogramme date du 12.4.1974, soit du jour d'entrée. A part les signes d'une vagotonie, on remarque un allongement du PQ à 0,22 voire 0,24 s (D II, V2). Deux semaines plus tard, et ce malgré une bradycardie importante à 50 pulsations par minute, le PQ passe à 0,16 s.

E. Traitement et évolution

Après avoir pratiqué les examens indispensables, notre patient fut mis sous pénicilline, 48 h. après le début de la symptômatologie, à raison de 5 millions d'Unités par jour, par voie intraveineuse. Les salicylés furent administrés également par voie intraveineuse à raison de 8 gr. par jour, en doses fractionnées. La réponse aux salicylates fut dramatique avec une nette diminution des douleurs dans les premières 24 heures et une disparition complète en 48 h., alors que la température se normalisait le lendemain de l'arrivée (fig. 3). Le patient pouvait à nouveau mobiliser sa hanche droite normalement et même charger l'articulation sans ressentir de douleurs particulières. La nette amélioration clinique nous engagea à diminuer les doses de salicylés et de pénicilline dès le 5ème jour et à passer à la voie orale. En ce qui concerne le souffle cardiaque, celui-ci diminua d'intensité de jour en jour pour finalement disparaître peu avant la sortie du service, le 27 avril 1974. On décida alors de poursuivre une antibiothérapie préventive à la pénicilline, classique dans ces cas, sous forme de pénicilline long acting.

Catamnèse : Après son départ de l'hôpital notre jeune patient ne se présenta plus qu'à une seule reprise chez son médecin traitant. (1 mois après la première

Nom M Prénom Daniel Age 1958

Service Med B Date 12.4.74 Docteur Gay

Commentaires: voir au verso

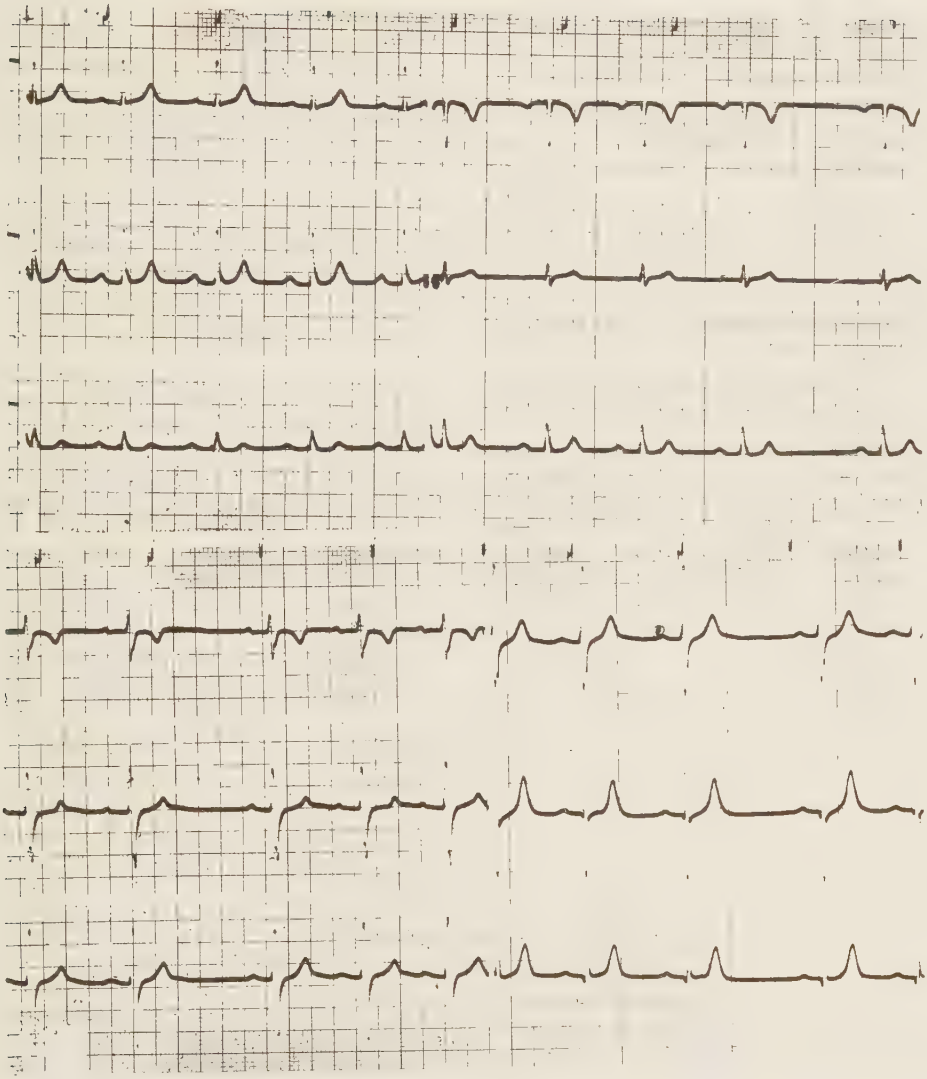


fig. 1

Nom M Prénom Daniel Age 1958

Service Méd B Date 25-4-74 Docteur Hiéq

Commentaires: voir au verso

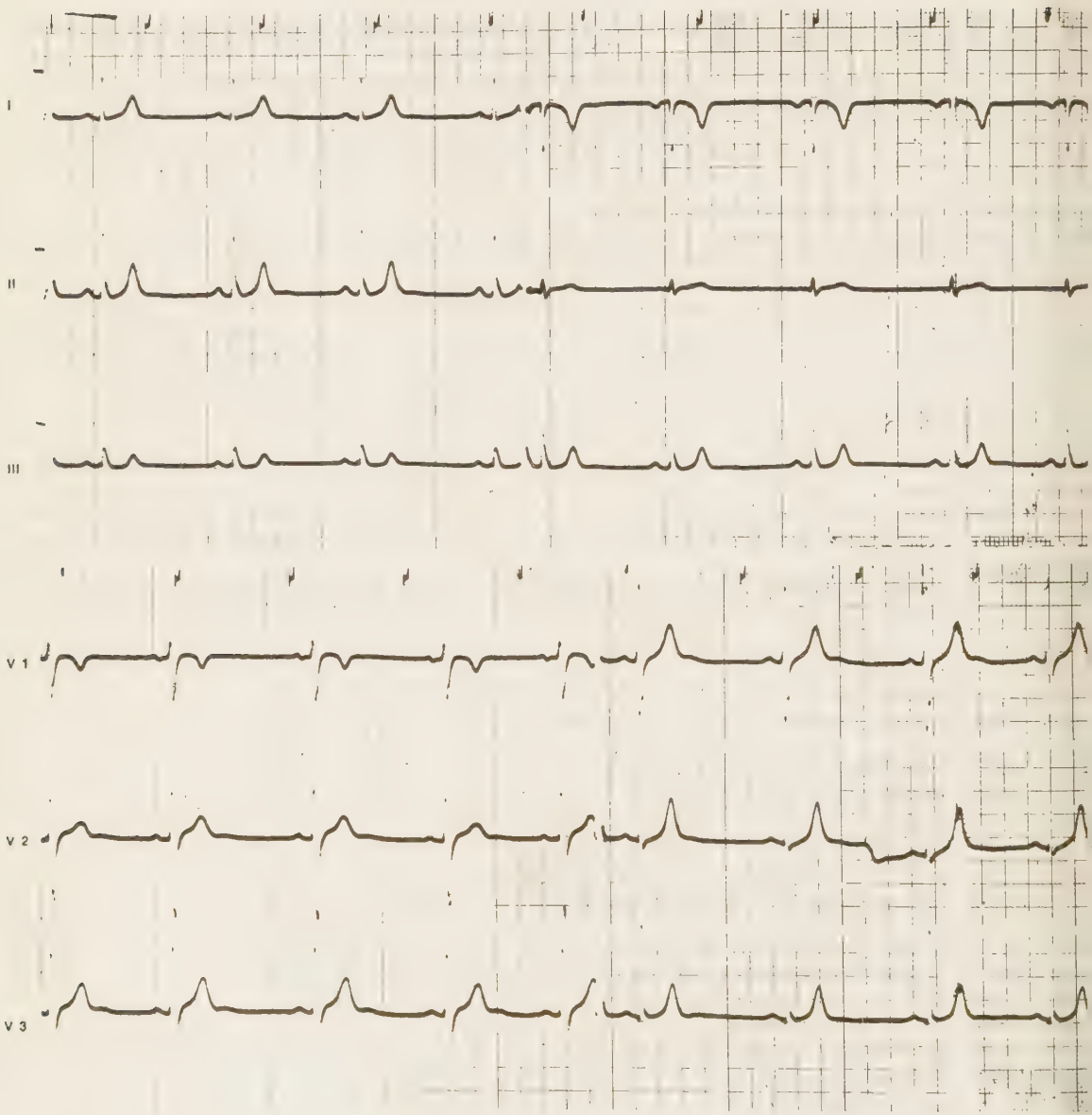


fig. 2

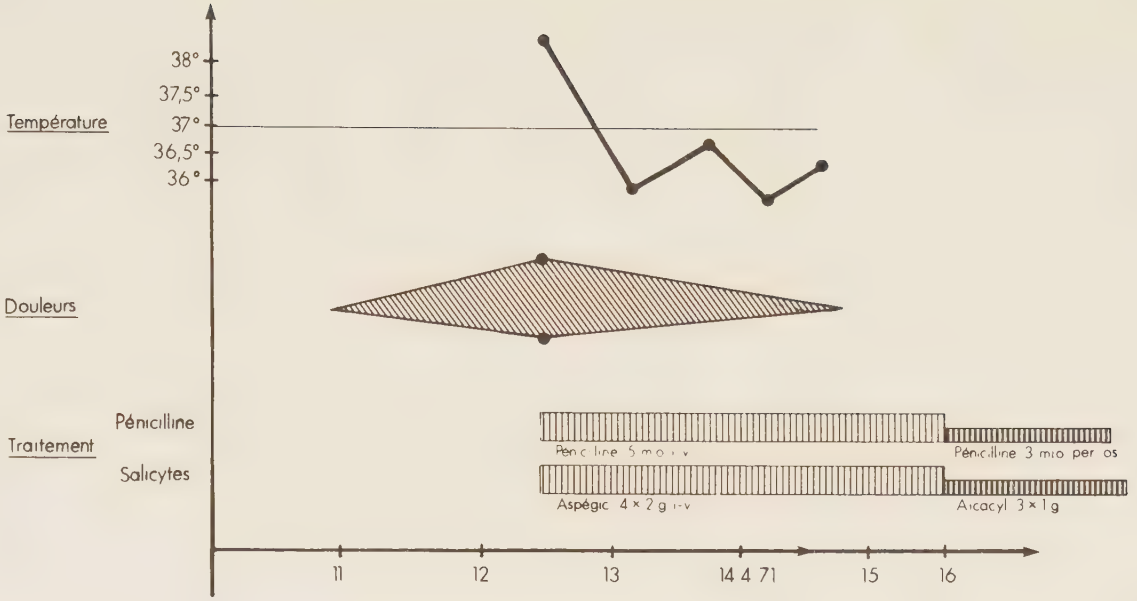

Température
38°
37,5°
37°
36,5°
36°
Douleurs
Traitement
Pénicilline
Salicytes
Pénicilline 5 mio i.v
Pénicilline 3 mio per os
Aspégic 4 × 2 g i.v
Aicacyl 3 × 1 g
11
12
13
14 4 71
15
16

Fig 3

poussée, dosage des ASLO = 2500, VS 12/26.
Il n'a plus présenté de symptômes identiques et travaille normalement. Quant au traitement préventif des rechutes, il l'a abandonné totalement aux dires de ses parents.
Finalement un contrôle ultérieur, plus de 20 mois après la crise initiale, montre des ASLO dans les limites de la norme.

III. DISCUSSION DU CAS - CRITERES DIAGNOSTIQUES

C'est au fond l'anamnèse d'impétigo et de rougeole qui nous a conduit à faire un frottis de gorge, frottis qui a montré des streptocoques du groupe A.

D'autre part, notre soupçon a été renforcé par l'auscultation cardiaque, puisqu'elle révélait un souffle holosystolique de forte intensité, qui n'avait pas été trouvé par le médecin traitant quelques jours plus tôt.

L'image clinique d'une coxite isolée n'était pour nous pas du tout évocatrice puisque nous ne connaissions pas l'atteinte isolée de la hanche dans la maladie de Bouillaud.

Nous envisageons donc successivement les preuves de la maladie de Bouillaud puis le diagnostic différentiel de la monoarthrite de la hanche.

a. Anamnèse : entre le premier épisode (rougeole ou angine banale) et les premières manifestations articulaires s'écoule un délai de 15 jours, ce qui correspond bien au délai admis pour la maladie de Bouillaud (12-21 jours).

b. Le souffle systolique était significatif ou organique puisqu'entendu constamment pendant la phase aiguë et ne variant pas avec les mouvements respiratoires et les changements de position. Sa disparition lors des examens ultérieurs, spontanée ou sous l'influence du traitement, est classique et fréquente. (Ablard et Larcan).

c. Le frottis de gorge permit d'isoler des streptocoques du groupe A de Lancefield, qui ne furent malheureusement pas typisés.

d. L'hémogramme est tel que décrit dans les traités classiques : légère anémie avec hyperleucocytose modérée et déviation gauche à la période d'état, puis normalisation de la leucocytose et apparition d'une éosinophilie lors de la convalescence.

e. La vitesse de sédimentation des hématies est un des tests les plus sensibles de l'évolutivité rhumatismale. Dans notre cas, elle atteint plus de 102 mm après la 1ère heure le 3ème jour d'évolution et décroît par la suite pour n'être plus qu'à 57 mm le 12ème jour, sous thérapie aux salicylés, ceux-ci ayant du reste un effet direct et propre sur la vitesse de sédimentation (5).

f. Les valeurs atteintes par les antistreptolysines O avec un maximum après 4 semaines (2500 Unités), une montée progressive et non immédiate, sont rarement atteintes au cours du rhumatisme articulaire aigu. Elles sont la signature d'une infection streptococcique récente. Le délai nécessaire à la montée des antistreptolysines jusqu'à leur taux le plus élevé est généralement de 4 semaines. Il n'est pas parallèle à la gravité de l'affection (Ablard et Larcan). L'élévation du pic à des valeurs très hautes se retrouve dans le rhumatisme articulaire aigu.

g. Il n'y avait pas de participation rénale, même pas d'hématurie, ce qui exclut une scarlatine.

h. Concernant les troubles électriques constatés dans notre cas, leur précocité répond à la notion classique et il faut rappeler qu'ils peuvent même, selon White, précéder les signes cliniques. Cet allongement de l'intervalle PR est l'anomalie la plus fréquente dans la crise du rhumatisme articulaire aigu, selon la majorité des auteurs. On peut également définir un allongement de PR de plusieurs façons (8) :

- en considérant comme anormal tout intervalle PR supérieur à 0,20 - 0,22 (suivant les auteurs)

- en tenant compte de la fréquence cardiaque et de l'âge, en se référant à des tables

- en considérant comme allongé tout intervalle PR qui se raccourcit sous traitement et s'y maintient ensuite.

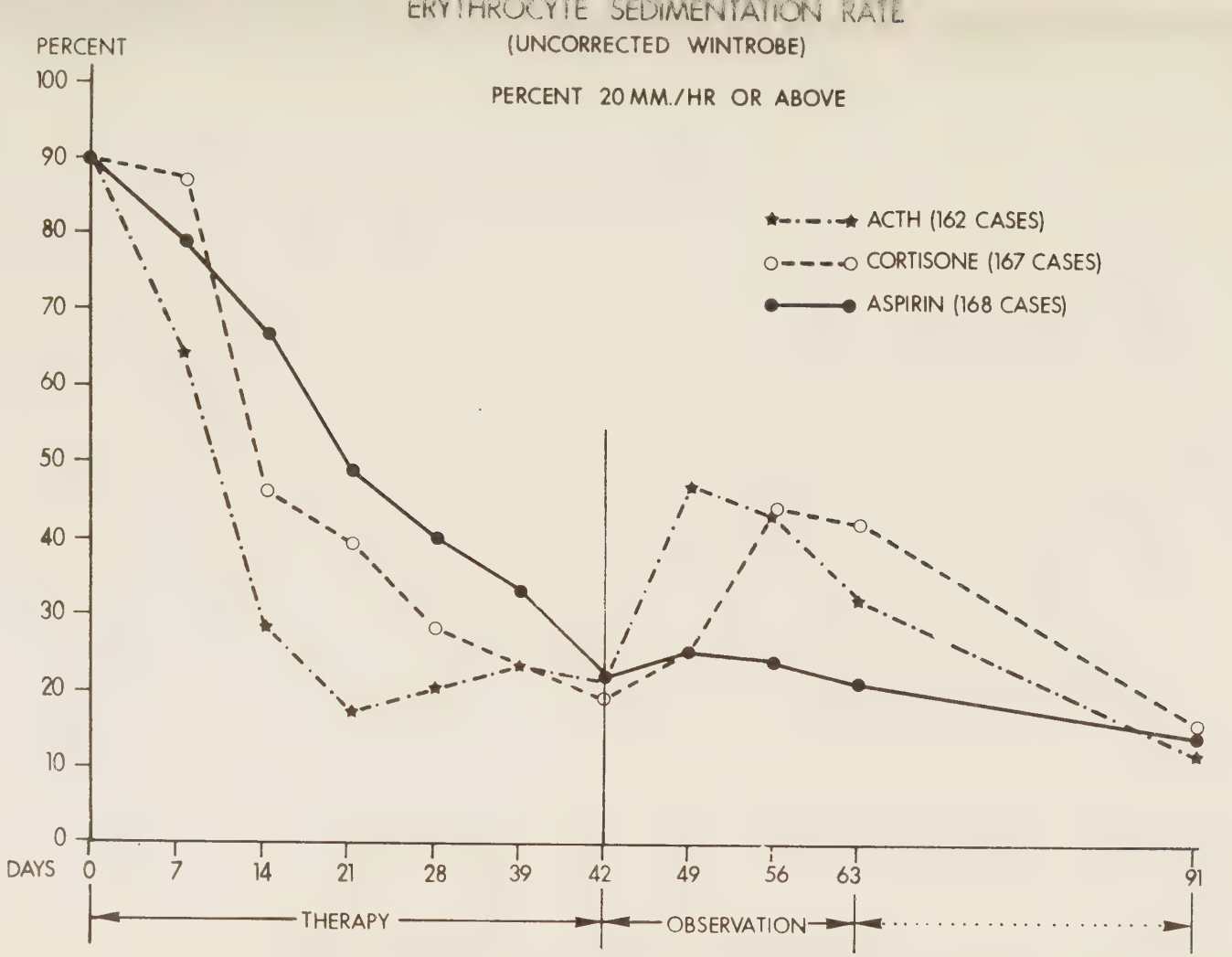
Or, dans notre cas, tous les critères sont remplis puisque le PR mesuré dans la dérivation où il est le plus long (D II, V2) atteint 0,22 à 0,24 s et qu'en tenant compte de l'âge et de la fréquence cardiaque - tables d'Ashman and Hull (3) - on obtient un PR de 0,18 au maximum pour un âge de 16 ans et un pouls de 72 par minute. En ce qui concerne le dernier critère, l'on constate que l'intervalle PR s'est raccourci et normalisé sous traitement (voir ECG du 25.4.74), sans que le malade n'ait été digitalisé. Enfin, il faut noter que notre patient présentait un intervalle de 0,22 - 0,24 s alors qu'il était en "tachycardie relative" à 72 pulsations par minute, et un intervalle de 0,16 s seulement alors que les pulsations étaient à 50 par minute, ce qui prouve une nouvelle fois que l'ECG était pathologique.

i. <u>L'atteinte articulaire</u> sous forme de monoarthrite de la hanche est inconnue ou, en tous cas, n'a jamais été décrite à notre connaissance. Pourtant, dans notre cas, l'aspect clinique évoquait par bien des côtés une maladie de Bouillaud : l'arthrite aiguë, fébrile, calmée partiellement seulement par l'immobilité stricte, le caractère périarticulaire des douleurs (Lasègue), les signes de cardite, le jeune âge du patient. L'effet très favorable des salicylés, la rapidité de la guérison et l'absence de séquelles sont également des éléments en faveur d'une maladie

de Bouillaud. Une arthrite infectieuse, que l'anamnèse d'impétigo aurait pu suggérer, est totalement exclue au vu de cette réponse si rapide. Le patient pouvait mobiliser et même charger sa hanche 48 h. après le début de la thérapeutique !

j. Le test thérapeutique : bien des auteurs considèrent que le test thérapeutique, pierre de touche, prend toute sa valeur quand les signes de cardite, l'atteinte articulaire et l'état fébrile régressent rapidement et complètement, ce qui fut le cas chez notre malade. La voie veineuse est couramment employée pour les salicylés, car elle évite l'intolérance digestive et serait d'efficacité plus rapide et plus grande (Lutembacher). Dès que la symptomatologie s'amende, on peut diminuer les doses d'antiinflammatoires, sans pourtant les interrompre, puisqu'il existe un rebond biologique bien documenté par Dorfman (11) et le United Kingdom and United States Joint Report (33) (voir fig. 4). L'interruption de l'administration d'aspirine, après 6 semaines de traitement, est suivie d'un phénomène de rebond peu marqué alors qu'il est bien plus net pour la Cortisone et l'ACTH.

Concernant le traitement de notre cas, on peut se demander également si une corticothérapie n'était pas formellement indiquée, en raison de l'atteinte cardiaque, et ce suivant la majorité des auteurs.


ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE
(UNCORRECTED WINTROBE)
PERCENT 20 MM./HR OR ABOVE
PERCENT
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
ACTH (162 CASES)
CORTISONE (167 CASES)
ASPIRIN (168 CASES)
DAYS
0
7
14
21
28
39
42
49
56
63
91
THERAPY
OBSERVATION

IV. LES CRITERES DE JONES

En utilisant les critères de Jones, modifiés ensuite par l'American Heart Association, on constate la présence d'un critère majeur (la cardite), de cinq critères mineurs (fièvre, arthralgie, VS élevée, leucocytose, intervalle PQ allongé) ainsi que des signes d'infection streptococcique récente (montée des ASLO, frottis de gorge mettant en évidence des streptocoques du groupe A de Lancefield) : le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu ne fait donc aucun doute.

Notre cas répond donc à tous les critères de Jones, alors même que ceux-ci sont jugés trop sévères par de nombreux auteurs, et ces critères étaient remplis avant même d'invoquer une coxite rhumatismale.

V. LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE LA MONOARTHRITE DE HANCHE

En présence d'une atteinte isolée, inflammatoire, brutale et très douloureuse de la hanche, quels sont les diagnostics à invoquer :

Tout d'abord une polyarthrite chronique évolutive ou une spondylarthrite ankylosante au début peuvent se manifester en une poussée aiguë, monoarticulaire. Le sexe, l'âge, l'atteinte cardiaque et surtout l'évolution parlent contre. Il est connu que les formes juvéniles de PCE et de maladie de Bechterew peuvent débuter par une coxite mais on exige pour ce diagnostic une fixité de plusieurs semaines. Ici la réponse au traitement est si rapide et complète qu'elle exclut ces deux maladies.

L'arthrite rhumatoïde juvénile dans la forme décrite par Still a également un début avec forte fièvre dans 20 % des cas, un rash fugace dans 20 - 40 % des cas, des nodules sous-cutanés, un début monoarticulaire dans 30 % des cas (6) et une atteinte cardiaque qui consiste le plus souvent en une péricardite. Elle entre donc de plein droit dans le diagnostic différentiel. L'iridocyclite, la raideur matinale, le facteur rhumatoïde positif et le type de fièvre, qui est plutôt intermittente, aident à distinguer l'arthrite rhumatoïde du rhumatisme articulaire aigu. (Les critères sont ceux de l'American Rheumatism Association, dans le cas où il s'agit d'une mono- ou polyarthrite d'une durée inférieure à 6 semaines).

Puis il faut citer le rhumatisme gonococcique et surtout celui du syndrome de Fiessinger - Leroy - Reiter, qui survient également chez le sujet jeune et guérit sans séquelles ! L'urétrite clinique ou cytologique, l'atteinte oculaire (conjonctives ou iris), la mise en évidence d'inclusions virales sur un frottis d'urètre ou de conjonctive ou de liquide articulaire, permettent généralement le diagnostic.

Ensuite entrent en ligne de compte les différents rhumatismes streptococciques en dehors de la maladie de Bouillaud : le rhumatisme scarlatin, l'érythème noueux streptococcique et le rhumatisme infectieux streptococcique postangineux (7). Le Rhumatisme scarlatin ne se discute pas. Par contre, faut-il individualiser l'érythème noueux dû aux streptocoques, accompagné d'arthralgies des maladies de Bouillaud classiques puisque leur clinique est justement si protéiforme ?

Quant au rhumatisme infectieux streptococcique postangineux, décrit par Coste et Chevallier, certains auteurs et non des moindres (1) estiment qu'il fait partie du cadre de la maladie de Bouillaud malgré sa clinique légèrement différente dans les cas typiques.

Le rhumatisme subaigu de l'adulte a une évolution qui se compte par mois et n'entre donc pas dans le diagnostic différentiel. Certains l'assimilent du reste également à une forme mineure de la maladie de Bouillaud.

L'endocardite d'Osler peut poser également des problèmes de diagnostic différentiel puisque la même infection streptococcique peut donner les deux maladies et qu'il existe une analogie clinique (Weil). Cependant, les nodules d'Osler, l'hématurie microscopique, la positivité de l'hémoculture, la splénomégalie permettent la différentiation des deux entités.

La synovite transitoire de la hanche est exclue à cause de l'âge bien que certains élargissent ce cadre (28). Pour Schumacher il s'agit de synovite transitoire dans le sens d'une arthrite transitoire, qui, dans les cas décrits, atteint n'importe quelle articulation, essentiellement le genou, ne dure pas plus de deux mois et peut même présenter des ASLO élevées (plus de 2500 dans 2 cas décrits). Cependant la "synovite transitoire", vue sous cet angle, est

un amalgame d'affections diverses allant de la classique PCE à l'angéite autoimmune et non une entité bien définie. Du reste, un des cas avec des ASLO augmentées à 2500 révélait un intervalle PR allongé à l'ECG, raison pour laquelle une prophylaxie à la pénicilline fut quand même entreprise ! Il ne s'agit donc pas de synovite transitoire de la hanche, dans le sens où nous l'entendons.

La goutte peut réaliser une monoarthrite de la hanche, ainsi que la chondrocalcinose. Mais le liseré de calcification du cartilage d'encroûtement, l'histoire antérieure, l'élévation de l'uricémie et, dans les cas douteux, la recherche de cristaux d'urates intra-leucocytaires ou de pyrophosphates de calcium dans le liquide articulaire permettent aisément le diagnostic.

Causes rares : il existe enfin des causes rares de monoarthrite, résumées sur le tableau suivant, dû à L. Auquier.

TABLEAU - RESUME DES CAUSES D'UNE MONOARTHRITE SUBAIGUE OU CHRONIQUE

Fréquentes :
- synovite non spécifique (synonymes : essentielle, curable, subaiguë) ..... 33 à 50 %
- synovite rhumatismale définie ..... 33 %
  - spondylarthrite
  - maladie rhumatoïde
  - rhumatisme psoriasique
  - rhumatisme articulaire aigu (rare)
- synovite tuberculeuse ..... 10 %

Rares :
- "Synovite" villonodulaire .....
- syndrome oculo-urétro-synovial .....
- goutte et chondrocalcinose ..... 10 %
- collagénoses (LED, sclérodermie, PAN).

Très rares :
- dysglobulinémies, aphtose bipolaire (Behcet), amylose, sarcoïdose, entérite de Crohn, maladie périodique etc. ..... 1 %

VI. REVUE DE LA LITTERATURE

En présence d'un cas si typique de la maladie de Bouillaud, se présentant sous la forme d'une exceptionnelle monoarthrite de la hanche, il nous a semblé intéressant de reprendre la littérature à ce sujet, sous l'angle des monoarthrites.

La majorité des traités classiques sur la maladie de Bouillaud ne mentionnent nulle part la survenance de monoarthrites dans le cadre de cette affection. Serre et Simon (29) signalent un cas exceptionnel dans lequel la hanche était l'articulation initialement touchée, suivie par d'autres atteintes articulaires. Ablard et Larcan dans leur ouvrage très complet sur le Rhumatisme articulaire aigu de l'adulte (1), et dont la statistique porte sur plus de 522 cas, parlent de "formes articulaires anormales et trompeuses, soit parce que l' atteinte est pauci- ou monoarticulaire, soit parce que le siège est assez anormal ..." et c'est tout. Grenet, dans son livre sur la Maladie de Bouillaud (17) et dans ses nombreuses publications, s'étend à loisir sur les différentes formes cliniques (formes oligo-articulaires, atteinte des petites articulations vertébrales, torticolis, rhumatisme cervico-sciatique de Nobécourt, scoliose aiguë etc.) mais ne mentionne pas un seul cas de monoarthrite. Taranta, dans le livre de Hollander (32), traité de rhumatologie classique dans les pays anglo-saxons, passe en revue plus de 200 traités et articles, pour la plupart de provenance américaine, et ne mentionne nulle part la survenue possible de monoarthrites dans la fièvre rhumatismale. Il reprend les critères de Jones, modifiés puis révisés (31), pour lequel seule la polyarthrite a une valeur diagnostique.

Ryckewaert et Brizard dans un ouvrage récent (27) parlent également de topographie atypique, sous forme oligo-articulaire ou même mono-articulaire, sans préciser leur importance numérique et pratique.

La thèse de A. Welfringer (34) complète la bibliographie de 169 références d'Ablard et Larcan par plus de 447 références antérieures et constitue également un ouvrage classique sur le rhumatisme articulaire aigu. Le nombre de cas passés en revue est de 352. On y trouve à l'endroit de la description des signes initiaux la survenance dans quatre cas d'une monoarthrite aiguë fébrile isolée comme mode de début. De ces quatre cas, deux devinrent des polyarthrites dans les jours qui suivirent, tandis que pour les deux autres l'atteinte se limita à l'articulation initialement touchée. Le même auteur déclare plus loin : "l'atteinte peut rester oligo- ou monoarticulaire plus ou moins longtemps avant la généralisation des arthrites". J. Lind (25) pense à l'éventualité d'un rhumatisme articulaire aigu dès qu'il est en présence d'une monoarthrite. Fricke fait de même (13) et constate un taux augmenté d'ASLO parmi un certain nombre de monoarthrites d'origine inconnue, précédées d'infection streptococcique. En conséquence il les considère comme d'authentiques RAA et les traite comme tels. Un autre article du même auteur s'intitule de façon significative : "La monoarthrite, symptôme des formes atypiques du rhumatisme articulaire aigu et de la polyarthrite chronique évolutive" (14).

Un travail très complet concernant uniquement les monoarthrites a été publié dernièrement dans la Revue du Rhumatisme (36). La survenance possible de monoarthrites dans le rhumatisme articulaire subaigu de l'adulte et le rhumatisme post-angineux y est mentionnée. Si l'on admet qu'il s'agit là d'entités très proches de la maladie de Bouillaud, notons alors la survenance de plus de quatorze atteintes monoarticulaires sur 75 cas colligés par J. David-Chaussé en 1965 (9) . Par contre le rhumatisme articulaire aigu n'y est même pas cité dans les monoarthrites de survenance rare (maladie périodique, artérite temporale, collagénoses, recto-colite ulcéro-hémorragique, maladie de Crohn, stéatose pancréatique etc.). M. Lequesne (20), qui a particulièrement contribué à définir et classer

les monoarthrites rhumatismales, cite le rhumatisme articulaire aigu dans sa "classification et diagnostic étionosologique des monoarthrites".(21) sans donner de précisions chiffrées. Par contre la monoarthrite de la hanche dans le rhumatisme articulaire aigu ne lui est pas connue (22, 23 et 24).

Le diagnostic et la conduite thérapeutique devant une monoarthrite sont excellemment passés en revue dans un article de L. Auquier (4), évoquant chez l'enfant et l'adulte jeune le rhumatisme articulaire aigu dans le diagnostic différentiel des monoarthrites. N. Fellmann (12) quant à lui, reprend également en détail le diagnostic différentiel des monoarthrites; la forme monoarticulaire du rhumatisme articulaire aigu lui semble extrêmement rare.

Un travail de grande envergure (8) groupant plus de 345 cas de maladies de Bouillaud, hospitalisés dans des établissements parisiens, avec un dossier dûment complété, en 1953 et 1954, montre à l'évidence le polymorphisme extraordinaire du début clinique. Dans 143 cas la fièvre et la polyarthrite apparurent simultanément. Mais souvent l'atteinte resta monoarticulaire pendant quelques jours, ce qui égara le diagnostic. Parfois la fièvre manque (47 cas), le malade se plaint d'arthralgies monoarticulaires ou de polyarthralgies pendant quatre ou cinq jours et alors seulement survient un brusque clocher thermique à 39 ^{o} en même temps que s'accusent les signes articulaires. Dans d'autres cas la fièvre est isolée et précède de 3 à 7 jours l'apparition de signes articulaires ou cardiaques, ou alors la première manifestation de la maladie est cardiaque ! "Chez l'enfant, dans quelques cas, on a observé des monoarthrites persistant pendant plusieurs jours, voire une semaine sans aucune autre atteinte articulaire; le diagnostic n'a été porté que sur l'apparition tardive d'autres manifestations articulaires ou, trop souvent, d'atteinte cardiaque". Et les auteurs d'ajouter : "Ces remarques prennent tout leur intérêt lorsqu'on les applique à

l'adulte : ici en effet le diagnostic de maladie de Bouillaud n'est pas proposé aussi facilement que chez l'enfant, et l'on peut se demander si un certain nombre de monoarthrites passagères, ... ne méritent pas d'entrer dans le cadre du RAA".

Une thèse récente réalisée par L. Friez (15) sur les monoarthrites du genou trouve sur 40 observations un cas de maladie de Bouillaud ou en tout cas de rhumatisme post-angineux streptococcique, terme qui, pour l'auteur, englobe le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme subaigu curable.

Dans la littérature anglo-saxonne Zimdahl (35), passant en revue 400 patients admis pour RAA trouve dans 86 % des cas une polyarthrite aiguë comme signe de début et aucune monoarthrite. Un certain nombre de cas, alors même qu'ils se trouvent en phase aiguë, n'ont pas de température ou ont une vitesse de sédimentation normale !

D. Rosenberg (26) reprend, quant à lui, les dossiers d'un millier de patient ayant séjourné dans un hôpital naval. Il note la survenance, dans un certain nombre de cas, d'une monoarthrite très discrète comme seul signe de début, sans autre symptôme accompagnateur ! (tachycardie, fièvre, manifestations systémiques). Il propose donc de porter une attention accrue aux patients se présentant avec une fièvre accompagnée de simple arthralgie. Sokolow et Snell (30) dans un article dantant de 1947 (Mayo Clinic) examinent les formes atypiques de RAA chez le jeune adulte et trouvent également de nombreux cas avec une atteinte monoarticulaire pendant toute la durée de la poussée rhumatismale, ou pendant toute une période précédant l'extension à d'autres articulations. Pour ces auteurs les meilleurs critères sont : 1) l'arthralgie, 2) la cardite, surtout si elle est prouvée par l'électrocardiogramme, 3) la fièvre, 4) une vitesse de sédimentation élevée persistante. Ils recommandent de contrôler régulièrement tout patient ne

souffrant que de simples arthalgies passagères après infection à streptocoques.

Bien d'autres travaux anglo-saxons consacrés aux monoarthrites de l'enfant ne signalent pas le rhumatisme articulaire aigu comme étiologie, alors même que cette dernière reste floue dans bon nombre de cas.

En conclusion de cette étude bibliographique, nous pensons que l'atteinte monoarticulaire dans la maladie de Bouillaud sera d'autant plus fréquente que l'on commencera tôt le traitement.

VII. CONCLUSION

La monoarthrite dans la maladie de Bouillaud existe. Plusieurs auteurs en parlent ou l'évoquent, mais n'en tirent pas logiquement les déductions qui s'imposent, soit :

> le rhumatisme articulaire aigu ne doit pas être oublié dans le diagnostic différentiel des monoarthrites, d'autant plus que l'on sait l'urgence qu'il y a de traiter dès que possible pour prévenir l'atteinte cardiaque.
>
> la monoarthrite devrait figurer dans les critères majeurs de Jones ou tout au moins être évoquée. En effet l'application de ces critères est loin d'être toujours facile, surtout chez l'adulte, puisque c'est l'atteinte articulaire qui prédomine.

Ces critères sont continuellement attaqués à cause de leur sévérité. En effet, il est difficile d'attendre que le tableau se complète pour poser un diagnostic de maladie de Bouillaud. Il est habituel que la polyarthrite débute par une monoarthrite. Et cette monoarthrite devrait pouvoir être utilisée comme critère majeur au même titre que la polyarthrite.

Les critères majeurs indiqués par le comité des standards et critères de l'American Heart Association en 1956 sont la cardite aiguë, la polyarthrite, la chorée, les nodules sous-cutanés et l'érythème marginé. Or, de nombreux auteurs dans leurs séries ne rencontrent ni nodules, ni chorée. Les nodosités hypodermiques de Meynet sont rares chez l'adulte et n'ont même jamais été rencontrées par certains auteurs (Ablard et Larcan sur 522 cas (2), Hirsch et Flett sur 109 cas (18). L'érythème marginé n'est pas très fréquent. Le diagnostic de cardite nécessite soit un souffle systolique organique, éventuellement diasto-

lique, soit un élargissement de l'image cardiaque sur les clichés de thorax, soit une péricardite, soit une insuffisance cardiaque congestive. Or, lorsqu'il s'agit d'adultes chez lesquels le tropisme cardiaque est moins marqué que chez l'enfant, et en plus si l'atteinte est monoarticulaire d'emblée, on peut, strictu senso, ne pas évoquer le diagnostic de rhumatisme de Bouillaud alors qu'il s'agit bien de cela.

L'application stricte des critères de Jones chez l'adulte a du reste déjà été critiquée par de Sèze ("Exiger ces critères, c'est se condamner à exclure du cadre de la maladie de Bouillaud des cas qui lui appartiennent authentiquement") et d'autres (1) (34).

Chez l'enfant, d'éminents pédiatres tels que J. Lind (25) adoptent des critères de Jones modifiés par Wallgren.

La polyarthrite, la monoarthrite ou la simple arthralgie comptent parmi les critères mineurs alors que des antécédents de fièvre rhumatismale comptent comme critère majeur ! Les opinions sont donc divergentes selon que l'on considère l'enfant ou l'adulte, ou que l'on veut tenir compte des formes cliniques plus rares.

Kölle (19), quant à lui, pense que si le critère majeur "polyarthrite" manque, on en est réduit à attendre une cardite manifeste avant de traiter, puisque l'érythème annulaire, la chorée et les nodules sont fréquemment absents du tableau. Il confirme donc les conclusions de J. Chevallier, citées plus haut, qui mentionne de nombreux cas où l'atteinte monoarticulaire égara le diagnostic, parfois jusqu'à la première manifestation cardiaque !

En d'autres termes le traitement débute trop tard en cas de monoarthrite rhumatismale et c'est cela qu'il faut éviter à tout prix.

Il faut donc retenir la possibilité d'un rhumatisme articulaire aigu dans le diagnostic différentiel de la monoarthrite, spécialement en ce qui concerne la hanche.

Nous pensons avoir démontré par cette étude privilégiée que la maladie de Bouillaud peut se manifester sous la forme d'une coxite isolée. Le traitement précoce a certainement permis d'empêcher l'extension des lésions. Quant aux critères de diagnostic, même les plus sévères sont remplis.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Ablard et Larcan — Acta Rheumatologica Documenta Geigy 1963

2. Ablard et Larcan — Erythèmes et purpuras au cours de la maladie rhumatismale de l'adulte; fréquence et valeur pronostique. Presse Médicale 64, 1970 (1956) et Rhumatologie 8, 108 (1956)

3. Ashman and Hull — Essentials of Electrocardiography. Copyright 1937 by Macmillan Company.

4. Auquier L. — Diagnostic et conduite thérapeutique devant une monoarthrite La Revue du Praticien. 21.4.1968 Tome XVIII No 12 1833 - 1840

5. Bonard EC — Médicaments anti-rhumatismaux et vitesse de sédimentation globulaire. Rev. Rhum. 21, 651 (1954)

6. Calabro J. — A critical reappraisal of juvenile rheumatoïd arthritis Clin Orth 1971 74 : 101-119

7. Chevallier J. — Rhumatisme articulaire aigu. Pages 264 à 302 dans : Coste F Progrès en rhumatologie. Paris Flammarion Médecine-Sciences 1968

8. Chevallier J. — Etude sur la maladie de Bouillaud et son traitement. Monographie de l'Institut National d'Hygiène No 9 Paris 1956.

9. David-Chaussé J., David-Chaussé F., Seigneurin R. dans Problèmes actuels de Rhumatologie (42-45) Saint-Gall Verlag Zollikofer 1965

10. De Sèze S. Préface dans Ablard et Larcan Acta Rheumatologica Documenta Geigy 1963

11. Dorfman and al. Pediatrics 27, 692, 1961

12. Fellman N. Diagnose und Differentialdiagnose der Monoarthritis. Therapeutische Umschau Band 31 1974 Heft 7

13. Fricke R. Monoarthritis. Zeitschrift für Rheumaforschung. Band 27, Heft 1/2 1968

14. Fricke R. Médecine et Hygiène, p. 1430 No 806, 20 déc. 1967

15. Friez L. Monoarthrites du genou Thèse. Faculté de Médecine de Paris. 1967

16. Grenet H. La Maladie de Bouillaud (rhumatisme articulaire aigu et formes extraarticulaires) Revue du Rhumatisme 1946. 13, 59-77

17. Grenet H. La Maladie de Bouillaud Vigot éd. Paris 1949

18. Hirsch J.G. et Flett D.M. Acute rheumatic fever in young adults white male. Amer I. med Sci. 221, 599 (1951)

19. Kölle — Therapie Woche Heft 6/1969

20. Lequesne M. — Le devenir des monoarthrites de cause inconnue. Revue du Rhumatisme 1972, 39 (12) 749-755

21. Lequesne M. — Les monoarthrites subaiguës et chroniques (Epaule et hanche exclues). Critères, classification, diagnostic et traitement. Rhumatologie Tome XXIII No 7, août-sept. 1971, p. 231-248

22. Lequesne M. — Communication personnelle

23. Lequesne M. Bensasson M. — Les coxites infectieuses dans Ryckewaert. Bréviaire de Rhumatologie. Expansion Scientifique 1975.

24. Lequesne M. De Sèze S. — Les coxites isolées de cause inconnue ou coxites "rhumatismales" dans Ryckewaert. Bréviaire de Rhum. Exp. Scient. 1975

25. Lind J. — dans Fanconi Lehrbuch der Pediatrie. Schwabe Co Verlag Basel Stuttgart 1972

26. Rosenberg D. — The clinical aspects of rheumatic fever in adults. The New England Journal of Medecine Jan 31, 1946

27. Ryckewaert A. — Le Rhumatisme articulaire aigu. Pages 85-92 dans : Bréviaire de Rhumatologie. Expansion Scientifique 1975.

28. Schumacher R. — Synovitis of recent onset. Arthritis and rheumatism. Volume 15 No 5 September-October 1972 p. 465-485

29. Serre et Simon — Pathologie Médicale de la hanche - 1968 Masson 1972

30. Sokolow M. Snell A. — Atypical features of rheumatic fever in young adults. JAMA April 5, 1947

31. Stollerman, Markowitz, Taranta — Circulation 32, 664, 1965

32. Taranta — in Hollander Textbook "Arthritis and Allied Condition" Lea and Sebiger 1972 Philadelphia

33. United Kingdom and United States Joint Report — Circulation 11, 343, 1955

34. Welfringer A. — Etudes sur le rhumatisme articulaire aigu de l'adulte Thèse Nancy (1957)

35. Zimdahl W. — Rheumatic Fever in Young Adults British Heart Journal Volume XIV 1952

36. — Revue du Rhumatisme 1972 39(12)